

Démence et gestion des symptômes

Prise en charge des comorbidités chez les patients déments

A âge égal, les comorbidités sont aussi fréquentes chez les personnes démentes et non démentes. L'identification de ces comorbidités est compliquée par une symptomatologie fruste et souvent atypique, et la sous-utilisation des échelles d'évaluation appropriées pour cette population. Plusieurs exemples, discutés dans le texte, confirment un risque de mortalité plus précoce et surtout de moins bon contrôle de symptômes liés aux comorbidités chez les patients déments. Une vigilance clinique accrue, une bonne utilisation des instruments d'évaluation gériatrique à disposition et une réflexion éthique sont les éléments clés d'une prise en charge qui se doit d'éviter aussi bien la négligence que l'acharnement thérapeutique.

La prévalence et la sévérité des comorbidités sont-elles différentes chez des personnes âgées avec ou sans démence ? Une étude transversale américaine (1) réalisée chez plus de 3'000 personnes âgées de 73 ans en moyenne et vivant à domicile, a identifié 2,4 maladies chroniques en moyenne chez les 107 cas déments contre 2,3 chez les non déments, avec un score de sévérité identique. De plus, le profil de comorbidité était similaire dans les 2 groupes.

Nous avons confirmé ces résultats dans un sous-groupe randomisé de 449 patients de 85 ans en moyenne, admis dans un hôpital de gériatrie entre janvier 2004 et décembre 2005 et dont 43% avaient une démence, 11% un trouble cognitif léger (mild cognitive impairment, MCI) et 46% pas de déficit cognitif. La fonctionnalité et l'état nutritionnel étaient inversement corrélés à l'état cognitif, quel que soit le type de démence. En revanche, l'index de comorbidité (Charlson co-morbidity index, CCI) était indépendant de la présence ou non d'une démence ou d'un MCI, à l'exception des personnes présentant une démence vasculaire. Ces dernières étaient plus fréquemment hypertendues et hyperlipidémiques, elle avaient plus d'accidents vasculaires cérébraux et un CCI plus élevé (2).

Les personnes démentes ne présentent donc pas moins de comorbidités que d'autres personnes du même âge cognitivement intactes ; elles méritent une évaluation attentive et une prise en charge adaptée au même titre que tout autre patient.

L'exemple du cancer : retard diagnostique et diminution de la survie chez les personnes démentes

Les démences et les cancers sont deux pathologies dont l'incidence augmente très fortement avec l'âge. Ceci n'est pas sans conséquence car la présence de troubles cognitifs s'accompagne d'un risque plus élevé de diagnostic tardif, d'un moindre recours aux biopsies devant une suspicion de néoplasie et d'un risque de décès plus élevé.

Une étude américaine utilisant la base de données de l'assurance Medicare, a évalué l'association entre troubles cognitifs et



PD Dr méd. Dina Zekry
Genève

survie chez 106'061 patients âgés de 68 ans et plus, porteurs de cancers du sein, du côlon ou de la prostate (3). Elle a montré que les patients atteints de cancer et qui avaient eu au préalable un diagnostic de démence, étaient beaucoup moins souvent diagnostiqués à un stade précoce, cette différence étant particulièrement marquée pour le cancer du sein (28,0% vs. 50,7%). De plus, la mortalité à 6 mois était beaucoup plus élevée chez les patients présentant des troubles cognitifs (33%) par rapport au groupe qui n'en présentait pas (9%). Cette différence a été retrouvée pour tous les sites tumoraux étudiés : sein (25% vs. 5%), côlon (45% vs. 20%), prostate (29% vs. 4%).

Les patients avec troubles cognitifs ont tendance à moins exprimer les symptômes pouvant orienter vers une pathologie cancéreuse, retardant ainsi le diagnostic et limitant ainsi souvent les possibilités thérapeutiques. L'exemple du cancer montre que la vigilance reste de mise dans cette population fragile afin de savoir rechercher les signes ou symptômes, souvent plus discrets et rarement exprimés, d'une pathologie sous-jacente grave comme un cancer ou d'une autre comorbidité.

La démence et gestion des symptômes : l'exemple de la douleur

Selon les études, 25 à 50% des personnes âgées ambulatoires, sans troubles cognitifs, souffriraient de douleurs. Ces chiffres seraient majorés chez les sujets déments. Dans les maisons de retraite, 33 à 80% des sujets ayant des fonctions supérieures altérées rapportent des douleurs.

L'évaluation de la douleur peut représenter un défi dans une population cognitivement atteinte. Les patients se plaignent peu et expliquent parfois mal leurs symptômes. En l'absence de formation spécifique, de nombreuses équipes ne posent pas la question d'une douleur ressentie ou ne font pas confiance aux échelles d'auto-évaluation développées pour cet usage. Pourtant, lorsqu'elles sont clairement expliquées, ces échelles peuvent être comprises par 97%, 90% et 40% des personnes présentant respectivement une démence légère, modérée et sévère (4). De plus, l'hétéro-évaluation sous-estime fréquemment la douleur dans cette population.

Une étude de la prise en charge de la douleur non cancéreuse chez des sujets âgés au domicile, présentant une démence modérée à sévère, a montré que les aidants rapportaient des douleurs

sans prise de traitement antalgique chez deux tiers des patients. Lorsqu'il y avait traitement, il s'agissait essentiellement de composés de palier I; aucun patient ne recevait de morphiniques (5).

L'évaluation des symptômes chez les patients déments est plus difficile mais faisable. Une mauvaise prise en compte des symptômes, en particulier de la douleur, est responsable de sous-traitement voire non-traitement et de souffrance, se traduisant souvent par des troubles du comportement pour les patients déments. Là encore, la sensibilisation des professionnels de santé à cette problématique permet d'améliorer la prise en charge et de proposer des traitements simples et efficaces.

Comorbidités et démence : nécessité d'une prescription vigilante

Une étude prospective chez 900 patients âgés hospitalisés dans six pays européens différents a examiné la prescription médicamenteuse selon des critères prédéfinis (critères de Beers et critères STOPP/START) (6). La présence d'une démence était associée à un nombre plus élevé d'erreurs potentielles de prescription, par contre la présence d'un plus grand nombre de comorbidités n'était associée qu'à la survenue d'erreurs thérapeutiques par omission de prescription.

Dans la première étude citée (1), les patients déments prenaient en moyenne moins de médicaments que les non déments (respectivement 5,1 et 6,1 substances). Un quart des non déments et 20% des déments recevaient un psychotrope. Chez ces derniers, 50% recevaient des composés possédant des effets anticholinergiques. Ainsi, en dépit de leur déficit cholinergique, les patients déments se voient fréquemment prescrire des médicaments qui risquent d'aggraver leur statut fonctionnel et de dégrader leur qualité de vie. De plus, le bénéfice des inhibiteurs de l'acétylcholinestérase éventuellement prescrits risque d'être antagonisé.

Dans cette population de patients avec troubles cognitifs à haut risque d'effets indésirables médicamenteux et d'interactions, une bonne connaissance des propriétés pharmacocinétiques, pharmacodynamiques et du profil d'effets indésirables est nécessaire. Par une réévaluation régulière de la nécessité de poursuivre un traitement et la recherche attentive d'effets secondaires, le traitement médicamenteux peut être adapté au mieux pour chaque patient.

PD Dr méd. Dina Zekry

Médecin adjoint agrégé
Hôpital des Trois-Chêne, Service de Gériatrie
Département de Médecine Interne, de Réhabilitation et de Gériatrie,
Hôpitaux Universitaires de Genève
Chemin du Pont-Bochet 3
1226 Thônex
dina.zekry@hcuge.ch

Dr méd. Alexandre Forster

Chef de clinique
Hôpital des Trois-Chêne, Service de Gériatrie
alexandre.forster@hcuge.ch

Dr méd. Sandra V. Giannelli

Chef de clinique
Hôpital des Trois-Chêne, Service de Gériatrie
sandra.giannelli@hcuge.ch

Références :

- Schubert CC et al. J Am Geriatr Soc. 2006 ;54 :104–109
- Zekry D, Herrmann FR, Grandjean R, et al. Demented versus non-demented very old inpatients: the same comorbidities but poorer functional and nutritional status. Age Ageing 2008;37:83–9
- Raji MA, Kuo YF, Freeman JL, Goodwin JS. Effect of a dementia diagnosis on survival of older patients after a diagnosis of breast, colon, or prostate cancer. Arch Intern Med 2008;168:2033–2040
- Pautex S, Herrmann FR, Le Lous P, Fabjan M, Michel JP and Gold G. Feasibility and Reliability of Four Pain Self-Assessment Scales and Correlation With an Observational Rating Scale in Hospitalized Elderly Demented Patients. J Gerontol Med Sci 2005;60:524–9
- Shega JW, Hougham GW, Stocking CB, Cox-Hayley D, Sachs GA. Management of noncancer pain in community-dwelling persons with dementia. J Am Geriatr Soc 2006;54:1892–1897
- Gallagher P, Lang PO, Cherubini A et al. Prevalence of potentially inappropriate prescribing in an acutely ill population of older patients admitted to six European Hospitals. Eur J Clin Pharmacol 2011;67:1175–88

Message à retenir

- ◆ Les patients âgés déments ont autant de comorbidités que les patients du même âge sans troubles cognitifs. L'identification de ces comorbidités est souvent rendue difficile par une symptomatologie plus fruste et/ou atypique
- ◆ Certains symptômes élémentaires comme la douleur sont souvent mal identifiés et non ou insuffisamment traités dans cette population
- ◆ Il est important de savoir reconnaître les symptômes et signes cliniques des comorbidités afin de pouvoir proposer des traitements et prises en charges adaptés
- ◆ Un juste milieu entre des prescriptions inutiles voire dangereuses tout en ne négligeant pas des traitements utiles dont le patient tire un réel bénéfice doit constituer un objectif primordial chez les patients atteints de troubles cognitifs